Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Zur Kasuistik der Oesophagusdivertikel

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin.

Von

Hans Wreschner

aus Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 6. Januar 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**

Referenten: Prof. Dr. **Köhler**

Prof. Dr. **O. Hildebrand**

Im Anfange der Arbeit werden pathologische Anatomie und Entstehung der Traktions- und Pulsionsdivertikel besprochen. Ferner werden zu den Divertikeln diejenigen Ausbuchtungen der Speiseröhre gerechnet, die bei deren Füllung oberhalb von Spasmen oder Strikturen jedesmal erst sich wieder frisch bilden, soweit es sich nicht um idiopathische Dilatationen handelt (temporäre Divertikel).

Letal können Divertikel verlaufen durch Durchbruch in die Brusthöhle, durch Uebergreifen von Entzündungen oder Geschwürsbildungen, durch steckengebliebene Fremdkörper verursacht, auf das Mediastinum und schließlich durch Inanition des Patienten durch Unwegsamkeit der Speiseröhre.

Die meist sehr kleinen Traktionsdivertikel, die viel häufiger als die Pulsionsdivertikel sind, machen klinisch so wenig Erscheinungen, daß man sie meist nur als zufälligen Nebenbefund bei Sektionen beobachtet. Klinisch am wichtigsten sind die am Ringknorpel gelegenen Pulsionsdivertikel, sowohl weil sie bei der Seltenheit der klinisch zur Beobachtung kommenden Oesophagusdivertikel überhaupt (bisher ca. 210 Fälle), relativ am häufigsten sind, dann auch, weil sie das beste Beispiel für die Stellung der Diagnose bilden. Schon die Anamnese zeigt manches Charakteristische, langsam stärker werdende Schlußbeschwerden, foeter ex ore, Erbrechen nicht sauer schmeckender Speisereste. Bei gefülltem Divertikel ist oft ein Tumor von außen sichtbar, beim Schlucken hört man ein Plätschern. Weitere wichtige Hilfsmittel sind Sonde, Oesophagoskop und Röntgenbild.

Schwierigkeiten kann die Differentialdiagnose zwischen tiefsitzenden Divertikeln und idiopathischen Erweiterungen machen. Die Hilfsmittel zur Diagnose sind hier dieselben drei, die oben erwähnt sind, dazu kommt der Magenschlauch und der Füllungsversuch, ferner die Abstandsmessung von der Zahnreihe.

Die chirurgische Behandlung (einzeitig oder nach Anlegung einer Magenfistel) ist nur bei den Halsdivertikeln angezeigt, sonst handelt es sich darum, durch interne Behandlung die Beschwerden

möglichst zu verkleinern. Hier kommen Bougieren, zeitweise Sondenfütterung und diätetische Vorschriften in Betracht, ferner Entleeren des Divertikels nach jeder Mahlzeit.

Unter dem Krankenmaterial der chirurgischen Klinik der Charité finden sich von 1900 — 1919 nur vier Fälle mit der Diagnose Oesophagusdivertikel.

Ein Fall wurde aus Gründen, die aus der Krankengeschichte nicht ersichtlich sind, als inoperabel bezeichnet und entlassen. Bei einem zweiten Falle, der zweizeitig operiert wurde, trat nach Exstirpation des Divertikelsackes völlige Heilung ohne jede Beschwerden ein.

Ein dritter Fall mit einzeitiger Operation kam zum Exitus, da die Verschlußnähte der Oesophaguswunde nicht hielten und es so durch Infektion durch hindurchtretende Speisen und Speichel zur Infektion und Abszeßbildung im umliegenden Gewebe kam.

Beim 4. Fall wurden auf dem Röntgenbilde mehrere Divertikel gesehen. Es wurde, da Patent nicht schlucken konnte, die Gastrostomie gemacht. Kurze Zeit nachher trat der Tod durch fibrinöse Pleuro-Pneumonie ein. Die Sektion ergab keine Divertikel, sondern nur eine Vorknickung der ektatischen Speiseröhre ins rechte Mediastinum, die im Röntgenbilde fälschlicherweise für ein Divertikel gehalten wurde.